FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

191

ANNÉE 1926 — No —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles MOUTON
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Né à Lisbonne, le 2 Octobre 1890

INDICATIONS DE L'ÉVACUATION UTÉRINE DANS LES accidents gravido-cardiaques

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique de Propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BRAMI. . . . . Pathologie médicale.
ALGLAVE. . . . . Pathologie chirurgicale
AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
BASSET. . . . . Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
BINET. . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BRANCA. . . . . Histologie.
BRULÉ. . . . . Pathologie médicale.
BUSQUET. . . . Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CHAMPY. . . . . Histologie.
CHIRAY. . . . . Pathologie médicale.
CLERC. . . . . Pathologie médicale.
DEBRE. . . . . Hygiène.
. de JONG..... Anatomie pathologique
DUVOIR. . . . . Médecine légale.
ECALLE. . . . . Obstétrique.
FIESSINGER. . Pathologie médicale.
FOIX. . . . . Pathologie médicale.
GARNIER. . . . Pathologie expériment
HARVIER. . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE. Anatomie.
JOYEUX. . . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LARDENNOIS. . Pathologie chirurgicale
LE LORIER... Obstétrique.
LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. . . Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL. . Obstétrique.
LHERMITTE. . . Pathologie mentale.
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
METZGER. . . Obstétrique.
MOCQUOT. . . Pathologie chirurgicale
MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale
MOURE. . . . . Pathologie chirurgicale
MULON. . . . . Histologie.
PHILIBERT. . . Bactériologie.
RIBIERRE. . . Pathologie médicale.
RICHET Fils... Physiologie.
TANON. . . . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . . Obstétrique.
VERNE. . . . . Histologie.
VILLARET. . . Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT. . . Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . . . Obstétrique.

M RETTERER. . . Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITREPERMANENT

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale
PROUST	Clinique chirurgicale
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A M. le Professeur COUVELAIRE

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. le Docteur RUDAUX

Accoucheur des Hôpitaux

Qui nous a permis d'utiliser les observations de son service.

A M. le Docteur PORTES

Accoucheur des Hôpitaux

Qui nous a dirigé dans ce travail.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur COUVELAIRE

MM. les Professeurs agrégés

FIESSINGER, VILLARET

MM. les Docteurs PICQUÉ, chirurgien des hôpitaux,

In memoriam.

HUDELO, MERKLEN, PARMENTIER, COURTOIS-SUFFIT, PISSAVY, médecins des Hôpitaux.

INTRODUCTION

L'évacuation du contenu utérin réalise, pour certains accidents gravido-cardiaques, une thérapeutique qu'il est nécessaire de substituer au traitement médical lorsqu'il fait la preuve de son inaction .

Ce n'est pas à dire qu'on ait très souvent à l'utiliser.

En effet, dans bien des cas, les médications cardiaques associées au repos et au régime sont suffisamment efficaces. D'autre part, on sait que la femme cardiaque tolère la gestation beaucoup mieux que les conclusions de Peter ne le laisseraient supposer. Dans un travail concrnant 102 femmes enceintes atteintes de rétrécissement mitral ou de rétrécissement asssocié à l'insuffisance, M. le Professeur Couvelaire note que dans 24 o/o des cas il n'y eut à aucun moment des accidents cardiaques ; dans 48 o/o des cas, les accidents, très légers, furent améliorés par de simples mesures d'hygiène ; dans 28 % des cas, les accidents furent plus sérieux et nécessitèrent la mise en œuvre d'un traitement actif qui, deux fois seulement,

consista dans l'interruption artificielle de la gestation.

De façon générale, on admet que les accidents sérieux ne dépassent pas 8 % des cas. Mais il faut remarquer que le tiers de ce chiffre concerne des accidents d'une réelle gravité. C'est parmi ceux-ci que l'évacuation utérine trouve des indications lorsque le traitement médical demeure sans effet.

Ce moyen thérapeutique a un double résultat. Il supprime la gène mécanique que la distension utérine apporte à l'action du cœur. En réalité elle est peu importante: on sait que pendant la gestation la masse sanguine est augmentée, mais en raison de l'extension du réseau vasculaire (lacs sanguins, varices) la tension artérielle reste normale; elle ne s'élève que pendant la période d'expulsion.

Avec le développement fœtal, l'ascension de l'utérus, en refoulant le diaphragme, réduit la capacité thoracique et gêne la circulation pulmonaire. C'est une cause de fatigue pour le cœur; mais elle ne vaut que dans les derniers mois, et ne rend pas compte des accidents du début de la gestation.

Le rôle de l'intoxication gravidique semble plus réel. Elle peut exercer directement sur le myocarde une action nocive, et indirectement aussi par le déficit des fonctions hépatique et rénale, qu'elle est susceptible de réaliser.

Lorsque la vacuité utérine est obtenue, l'intoxication cesse, et les accidents cardiaques s'améliorent,

comme en témoigne spontanément l'heureux résultat qui succède parfois à la mort du fœtus in utero.

L'évacuation du contenu utérin trouve donc, dans certains cas d'accidents cardiaques de la gestation, une justification de même ordre que dans les vomissements graves de la grossesse, et dans l'éclampsie.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'évacuation du contenu utérin, longtemps condamnée en France, trouve des défenseurs en Dubois, Velpeau. Avec les progrès de l'asepsie, elle cesse de présenter des dangers d'infection.

En perfectionnant sa technique, Tarnier, Champetier de Ribes, Pinard, la font admettre couramment, à la fin du siècle dernier.

Ces auteurs en fixent les indications, étudiées également dans les travaux de Mackenzie, Vaquez, Couvelaire, Aubertin, et dans les thèses de Baranger (1898), Pouliot (1905), Corpechot (1911).

Les contre-indications de cette thérapeutique sont discutées par Vinay (1896), Duplant (1898), Desjardin (1908) qui montrent le mauvais résultat obtenu par l'évacuation utérine dans l'œdème aigu du poumon.

Aux moyens obstétricaux d'abord seuls utilisés, s'ajoutent ensuite les moyens chirurgicaux.

La césarienne vaginale, pendant plusieurs années, n'est pas admise en France. Malgré les avantages qu'elle présente, on rejette l'opération de Dührssen. Pouliot, qui rapporte l'opinion généralement répandue, accuse l'hystérotomie vaginale d'exposer à des déchirures utérines étendues et à de graves hemorragies. Ultérieurement, ces préventions s'atténuent. En 1909, dans une communication à la société d'obstétrique, M .le Professeur Jeannin, présentant une observation personnelle de césarienne vaginale pratiquée dans un cas d'asystolie aigüe, conclut en faveur de cette intervention.

La césarienne classique est d'un usage plus récent dans les accidents gravido-cardiaques. On redoute moins, actuellement, le shock opératoire, les dangers d'infection. Depuis les travaux de Reclus, on substitue volontiers, à l'anesthésie générale, l'anesthésie locale, dont le bénéfice n'est pas négligeable chez des femmes qui présentent de la défaillance cardiaque.

Enfin, l'hytérotomie abdominale a rendu possible la stérilisation simultanée de la femme, dans les cas exceptionnels où elle est indiquée.

CHAPITRE II

Examen de la Femme cardiaque

Il convient de rappeler brièvement les éléments de cet examen qui doit être rigoureux. En effet, certains accidents cardiaques qui se traduisent bruyamment par des signes d'interprétation facile, imposent d'emblée un pronostic très grave. Il en est d'autres dont les conséquences peuvent être aussi sérieuses, qui présentent une symptomatologie plus discrète, et leur pronostic demande, pour être justement fixé, une investigation clinique très minutieuse.

Plusieurs syndromes sont à envisager.

Syndrome cardio-vasculaire. — Il faut étudier le rythme et la fréquence du pouls rechercher l'arythmie complète, la tachycardie permanente, la tachycardie d'effort, dont l'épreuve sera faite, sauf si la gestation dépasse le 5^{e} mois ou si la défaillance cardiaque est déjà notable.

La tension artérielle doit être régulièrement contrô-

lée, et il faut retenir qu'une tension différentielle qui s'affaiblit, témoigne de la dilatation cardiaque. La radioscopie renseigne sur les progrès de la distension auriculaire gauche et du ventricule droit.

Syndrome pulmonaire. — Il est souvent au premier plan. Il faut noter l'importance de la dyspnée, de la cyanose, si elles persistent au repos, le caractère hemorragique de l'expectoration, rechercher la congestion des bases, les foyers de râles fins qui traduisent les infarctus. L'existence de sclérose pulmonaire, de bronchite diffuse, importent au pronostic.

Syndrome hépatique. — Il faut reconnaître l'augmentation de volume du foie et les signes d'insuffisance hépatique. Le gros foie peut accompagner l'insuffisance cardiaque par ailleurs bien caractérisée Celle-ci restant latente, l'hépatomégalie associée parfois au subictère, à l'urobilinurie peut être la conséquence de l'intoxication gravidique.

Syndrome rénal. — L'oligurie, l'albuminurie, sont à rechercher régulièrement. La réduction du volume des urines au dessous de 500 gr. par 24 heures chez une malade au régime lacté, offre un pronostic sérieux. La constatation des œdèmes, des rétentions chlorurée et azotée, complète ces recherches. En l'absence d'hyposystolie nettement caractérisée, il faut attribuer l'insuffisance rénale soit à l'intoxication gravidique, soit à une néphrite chronique.

Cet examen systématique ne donne pas que la seule mesure de l'insuffisance cardiaque. Il senseigne aussi sur la possibilité d'une lésion rénale ou pulmonaire. Il peut faire la preuve de l'intoxication gravidique. On sait quelle peut être sa part dans la défaillance du myocarde, et il n'est pas négligeable d'en rechercher les signes parallèlement à ceux de l'état cardiaque.

De tous ces renseignements, il doit être tenu compte dans la détermination du pronostic, que l'évacuation utérine peut être appelée à sanctionner.

CHAPITRE III

INDICATIONS

a) Faut-il considérer la lésion anatomique ?

La nature et les caractères de la lésion du cœur ne constituent pas un élément important d'appréciation. Cependant il faut noter deux points.

D'une part on sait que leur origine confère aux cardiopathies, au cours de la puerpéralité, un pronostic variable. Les lésions congénitales, qui épargnent le myocarde et les autres viscères, sont en général bien tolérées et il est fréquent que dans ces cas des grossesses successives puissent évoluer normalement. Au contraire, l'infection, l'intoxication, dont résultent les lésions acquises, touchent le myocarde, et avec lui, souvent, le foie, le rein. La défaillance cardiaque précède ou non la gestation ; mais, avec la grossesse, le cœur rendu fragile est exposé aux effets de l'intoxication gravidique agissant directement sur lui, et indirectement, à la faveur de l'insuffisance hépatique ou rénale.

D'autre part on sait que, suivant leur siège, les lésions du cœur retentissent diversement sur le fonctionnement de cet organe.

Ainsi les accidents gravido-cardiaques empruntent à la localisation lésionnelle, des caractères particuliers d'évolution et de gravité. Ces accidents sont peu accentués dans l'insuffisance aortique rhumatismale ; dans l'insuffisance d'origine syphilitique, le pronostic est moins favorable quand elle participe d'une aortite. L'ectasie de l'aorte, rarement en cause chez la jeune femme, ne détrmine pas, en général, d'accidents graves.

Lorsque l'orifice mitral est intéressé, et que la lésion est décompensée, les accidents sont souvent plus sérieux. Ils sont plus fréquemment d'évolution rapide dans la maladie mitrale et le rétrécissement, habituellement progressifs dans l'insuffisance mitrale.

Il faut noter la gravité particulière des accidents qui relèvent de myocardite ou de symphyse cardiaque. Ici, la gestation est très rapidement préjudiciable à la fonction cardiaque, parfois déjà sévèrement compromise (Obs. IX).

b) Les accidents cardiaques qui relèvent de l'évacuation utérine.

Mis à part les accidents légers et ceux qui concernent l'insuffisance ventriculaire gauche, dont le traitement est strictement médical, il faut retenir que l'évacuation utérine peut être discutée dans l'asystolie et dans les troubles du rythme.

Nous rappellerons rapidement leurs symptomes, ainsi que les caractères que leur vaut d'évoluer pendant la puerpéralité.

1° *Asystolie.* — Dans sa forme progressive, elle constitue, suivant son importance, l'hyposystolie et la grande asystolie. L'hyposystolie se traduit par la dyspnée d'effort avec congestion des bases, l'expectoration légèrement hemmorragique, par un peu de tachycardie, l'augmentation légère du volume du foie, l'œdème prétibial.

Dans la grande asystolie, il y a de l'orthopnée, avec cyanose et angoisse. Les poumons sont encombrés de râles muqueux, sous-crépitants. L'expectoration est hémorragique. Le pouls, très accéléré, est irrégulier ; les bruits du cœur sont rapides et affaiblis. Le foie est gros, douloureux. Les urines sont peu abondantes, albumineuses. L'œdème périphérique est étendu, s'accompagnant souvent d'œdèmes viscéraux.

A côté de cette forme qui s'installe et progresse lentement, l'asystolie aigüe évolue en quelques jours ou en quelques semaines. Elle est fréquente dans le rétrécissement mitral. Sa symptomatologie est parfois incomplète, l'œdème et l'oligurie restant modérés.

Parmi les formes localisées, l'asystolie pleuro-pulmonaire, la congestion œdémateuse, est caractéristique, comme l'a montré M. le Professeur Vaquez, des accidents gravido-cardiaques des mitrales. Elle évolue rapidement avec des signes pulmonaires intenses et prédominants : dyspnée paroxystique avec cyanose,

petites hemoptysies répétées, bronchite et congestion étendues des poumons, parfois épanchement pleural. Les signes complémentaires de fléchissement cardiaque sont d'apparition plus tardive et marquent l'aggravation du pronostic.

2° *Troubles du rythme.* — Les extra-systoles, qui semblent fréquentes chez les femmes enceintes, sont sans gravité.

La tachycardie paroxystique paraît influencée par la gestation ; elle peut se déclancher à cette occasion. Mais les cas qui en ont été rapportés sont rares, et il ne semble pas que le pronostic en soit sévère.

Il n'en est pas de même de l'arythmie complète. Ce trouble du rythme serait assez fréquent parmi les accidents gravido-cardiaques. On sait qu'il se traduit par l'inégalité de toutes les pulsations, aussi bien dans leur amplitude que dans leur écartement, caractères particulièrement nets au Pachon et qui ne sont modifiés, ni par le mouvement, ni par les changements de position.

La fibrillation auriculaire, dans tous les cas rapportés, concernant des femmes enceintes, accompagne une lésion valvulaire, habituellement une lésion mitrale. Elle est associée ou non à des signes d'hyposystolie, suivant que la fonction du ventricule droit est normale ou en déficit. Mais dans tous les cas, le pronostic de l'arythmie complète dans la gestation est très grave.

c) Comment se posent les indications de l'évaluation utérine.

Il faut en étudier les conditions pendant la gestation et pendant le travail.

1° *Pendant la gestation.* — Dans l'arythmie complète le pronostic apparaît comme étant toujours grave. C'est la conclusion de Mackenzie et de M. Aubertin qui ont étudié la fibrillation auriculaire chez les femmes enceintes.

Dans les 6 cas rapportés par Mackenzie, elle est la cause d'accouchements prématurés survenus spontanément entre le 6e et le 7e mois et toutes ces malades meurent ultérieurement, la plus longue survie étant de 2 ans.

M. Aubertin en rapporte 2 cas. Dans l'un et l'autre, l'arythmie complète survient dans la première moitié de la gestation, et s'améliore par le traitement médical; la gestation se poursuit, et l'accouchement s'effectue normalement. Cependant, les deux malades meurent, l'une 7 jours, l'autre 7 mois après l'accouchement, d'asystolie.

L'action du traitement médical n'est donc que momentanée; elle ne donne, pour l'avenir de ces malades aucune sécurité. Malgré l'amélioration des accidents, la gestation exerce sur la fibrillation auriculaire une telle influence, qu'il faut craindre une aggravation plus ou moins prochaine succédant à l'accouchement.

L'interruption de la gestation semble donc indiquée

dans tous les cas d'arythmie complète de la grossesse. M. Aubertin propose qu'elle soit pratiquée précocément, ce que justifie le résultat malheureux obtenu dans les observations de Mackenzie par des accouchements prématurés, survenus spontanément aux 6e et 7e mois.

Lorsqu'il s'agit d'asystolie, il faut envisager les différents cas qui peuvent se présenter.

Dans l'asystolie aigüe, qu'elle soit généralisée où qu'elle revête la forme de congestion œdemateuse, quand elle survient brusquement malgré le traitement médical antérieurement institué, la situation est alarmante : ce sont ces malades en état d'orthopnée, chez qui l'oligurie s'accentue de façon inquiétante. L'évacuation utérine s'impose, avec un caractère d'urgence absolue.

Le plus souvent il s'agit d'hyposystolie, ou bien les accidents sont encore plus modérés, il n'y a pas de danger immédiat. Est-il indiqué d'interrompre la gestation? Il pourrait y avoir intérêt à évacuer le contenu utérin dès ce moment, si des accidents plus graves sont prévisibles. Mackenzie et M. le Professeur Vaquez ont étudié ce problème pour les cas de sténose mitrale. On peut faire état de leurs conclusions pour la maladie mitrale, lorsque le rérécissement y est prédominant.

Mackenzie considère que, lorsque la sténose mitrale s'accompagne de tachycardie, d'essoufflement avec râles sous-crépitants, de matité cardiaque un peu accentuée, et que ces signes ne cèdent pas au repos

complet, l'interruption de la gestation est indiquée.

M. le Professeur Vaquez propose la même thérapeutique quand la radioscopie révèle, dans le cours de la première moitié de la gestation, une augmentation notable du volume de l'oreillette gauche.

Quoiqu'il en soit, dans tous les cas où l'urgence n'est pas absolue, il faut, avant de se résoudre à interrompre la gestation, prendre en considération, en même temps que l'état cardiaque, d'autres facteurs qu'il reste à examiner.

L'épreuve du traitement médical associé aux mesures d'hygiène, repos, régime, est importante. Les accidents le plus souvent s'améliorent; mais il n'est pas rare que cette trêve ne soit que momentanée et qu'une aggravation survienne très brusquement, créant à l'évacuation utérine un caractère d'urgence.

Il faut tenir compte, comme il a été déjà dit, que les accidents concernant les myocardites et les symphyses cardiaques sont particulièrement graves.

D'autre part, lorsque l'insuffisance cardiaque préexiste à la gestation et surtout lorsqu'elle est alors déjà notable, il faut craindre qu'elle n'évolue rapidement dès les premiers mois de la grossesse.

La parité a une influence sur le cours des accidents cardiaques. Une multipare est exposée à l'aggravation de son état cardiaque pendant ses grossesses successives. En vue de supprimer ce danger, Fellner a proposé de pratiquer l'avortement prophylactique chez toute femme dont le cœur aurait mal toléré une gestation précédente. Cette conclusion est abusive,

car la répétition des accidents n'est pas fatale. Des gestations avec accidents cardiaques alternent, fréquemment, avec des grossesses bien supportées. Cette alternance trouve sa raison dans l'intoxication gravidique qui chez la même femme a une action très variable suivant les gestations.

Mais, cependant, il est très démonstratif de constater l'aggravation régulière de l'état cardiaque à chaque grossesse nouvelle. C'est une indication formelle d'interrompre tôt la gestation.

Enfin, il faut tenir compte de la coexistence, avec les accidents cardiaques, d'une insuffisance rénale, d'une sclérose pulmonaire étendue.

2° *Pendant le travail.* — Les accidents très graves sont rares. Les troubles modérés sont plus fréquemment observés, tels que la dyspnée, l'accélération du pouls, survenant pendant l'expulsion. A ce moment, il est de règle de hâter l'évacuation utérine lorsque le travail est mal toléré.

CHAPITRE IV

CONTRE-INDICATIONS

Dans l'œdème aigü du poumon, l'évacuation de l'utérus est nettement contre-indiquée.

Cet accident qui survient chez les malades hypertendues, chez celles qui présentent une gibbosité, et dans certains cas de sténose mitrale serrée, apparaît le plus souvent pendant le travail, à l'occasion des efforts d'expulsion

C'est toujours un accident sérieux et dont il faut craindre la répétition.

Il ne relève que du traitement médical, de la saignée suivie d'injections d'ouabaine.

En effet, la plupart des cas d'œdème aigü du poumon chez les femmes enceintes, pour lesquels l'évacuation utérine a été effectuée, ont été suivis de mort Toutes les statistiques sont, à ce point de vue, concordantes.

En raison du danger qu'il y a à interrompre la gestation pour cet accident, quelques auteurs ont proposé de pratiquer l'avortement prophylactique chez toute

femme enceinte qui aurait eu une attaque d'œdème aigu pulmonaire avant la grossesse en cours.

D'autres auteurs sont allés dans cette voie plus loin encore, en demandant d'effectuer l'avortement lorsqu'il existerait une des affections capables de provoquer cet accident pendant la gestation, à savoir de l'hypertension artérielle, une gibbosité avec des déformations thoraciques.

Ces conclusions semblent excessives. Mais il faut retenir que l'évacuation du contenu utérin ne trouve pas d'indication dans l'œdème aigu du poumon.

Lorsque les accidents gravido-cardiaques relèvent des déformations thoraciques avec sclérose pulmonaire étendue, qui sont le fait d'une gibbosité, ils sont habituellement graves, à forme pulmonaire, et parfois d'évolution rapide.

Dans ces cas l'interruption de la gestation, sans être précisément contre-indiquée, ne donne pas des résultats sur lesquels on puisse compter. En effet, la vacuité utérine réalisée, les conditions défavorables à la circulation pulmonaire, ainsi que la distension cardiaque persistent, et l'on n'obtient pas d'amélioration. (Obs. III.) D'autre part, ces malades sont exposées à l'œdème aigu du poumon, et l'on peut craindre l'apparition de ce taccident après que le contenu utérin a été évacué.

Cette réserve faite, il est incontestable que dans certains cas, malgré l'exitence de déformations thoraciques étendues, les accidents cardiaques cessent à la suite de l'évacuation utérine. (Obs. VIII.)

CHAPITRE V

Les procédés d'évacuation utérine

a) *Procédés obstétricaux.*

Pour interrompre une gestation dans les 2 premiers mois, les laminaires, les bougies de Hégar, donnent une dilatation suffisante ; les premières agissent très lentement, les bougies plus rapidement, mais constituent un moyen brutal.

Un petit ballon de Champetier peut être également utilisé. La dilatation effectuée, l'œuf est décollé et évacué par les moyens habituels.

Dans une gestation plus avancée, on emploie le gros ballon de Champetier. Son introduction dans la cavité utérine n'est possible que si le col est entrouvert, condition réalisée chez une multipare près du terme. Lorsque le col est fermé, la dilatation doit être commencée avec les laminaires.

Pendant le travail, pour parfaire une dilatation trop lente, le ballon est parfois utilisé.

Enfin, l'application de forceps permet d'éviter à la femme les efforts d'expulsion.

b) *Procédés chirurgicaux.*

Ils consistent dans la césarienne vaginale et la césarienne classique.

L'hystérotomie vaginale est une intervention rapidement exécutée, qui n'exige qu'un minimum d'anésthésie générale. Elle est bien tolérée.

Elle n'est pas aisément praticable dans tous les cas: elle est difficile chez une femme en état d'orthopnée, qui ne peut être placée dans le décubitus horizontal; elle offre des difficultées opératoires au voisinage du terme, en raison du volume du fœtus, et expose à des déchirures utérines.

L'hystérotomie abdominale n'offre pas ces inconvénients. Mais c'est une intervention plus shockante. A cet égard, on peut réduire le schock opératoire en évitant l'anésthésie générale, qu'on remplace avantageusement par l'anesthésie locale.

A cet effet, on emploie couramment la solution de novocaïne à 1/200 adrénalinée. La voie rachidienne provoque de l'hypotension artérielle, préjudiciable à ces malades en état d'insuffisance cardiaque. Il faut préférer l'anésthésie effectuée, plan par plan, par des injections traçantes, qui donne une insensibilité suffisante. Dans ce cas, la césarienne sera pratiquée sans extériorisation de l'utérus, et sans qu'il soit néces-

saire d'anésthésier le muscle utérin lui-même. (Obs. V, VIII, IX.)

La césarienne abdominale sera suivie, ultérieurement, s'il y a lieu, d'une hystérectomie.

La voie abdominale permet de réaliser, lorsqu'elle est indiquée, la stérilisation simultanée de la femme, soit par la ligature, soit par la double résection des trompes.

En résumé, on dispose pour l'évacuation utérine de moyens obstétricaux d'effet relativement lent, laissant faire pour une part aux forces naturelles, et ne pouvant être usités que dans les cas où la dilatation du col peut être obtenue assez rapidement; d'autre part, de moyens chirurgicaux qui n'offrent pas ces inconvénients, et ont l'avantage de convenir à tous les cas.

c) *Indications respectives de ces différents procédés.*

1° *Pendant la gestation.* — Il faut considérer plusieurs facteurs. L'urgence de l'évacuation utérine : Les accidents immédiatement menaçants relèvent d'une opération césarienne. Lorsque les accidents sont moins graves, les moyens obstétricaux suffisent, dans les limites où ils sont applicables.

L'état du col : lorsque le col ne semble pas pouvoir être dilaté assez rapidement, comme c'est fréquemment le cas chez la primipare âgée, lorsque d'autre part il ne présente pas une intégrité anatomique parfaite, les moyens obstétricaux sont à rejetter.

L'âge de la gestation : c'est un point important. On sait, en effet qu'un avortement à 6 mois constitue déjà pour la mère un véritable accouchement, et que le fœtus n'est pas viable. A partir de 7 mois et demi, la viabilité du fœtus est pratiquemment assurée, mais, pour la mère, l'accouchement prématuré provoqué a des conséquences souvent graves. Pouliot rapporte 6 cas de mort sur 25 évacuations utérines effectuées après le 6e mois par les moyens obstétricaux, concernant des accidents d'asystolie. Tous les auteurs conviennent que, dans les 3 derniers mois, l'interruption de la gestation relève exclusivement des opérations césariennes.

2° *Pendant le travail.* — A ce moment lorsqu'il est indiqué de hâter l'évacuation utérine, il est exceptionnellement nécessaire de compléter artificiellement la dilatation par la pose d'un ballon. Par contre il faut éviter les efforts d'expulsion, par l'application de forceps.

Il est rare d'avoir à recourir à une opération césarienne, que l'on pratiquera de préférence par la voie abdominale. Elle ne pourrait être indiquée que s'il existe des conditions défavorables à la bonne marche du travail, et, d'autre part, des accidents cardiaques particulièrement menaçants.

La stérilisation de la femme, quand il est besoin de la pratiquer, sera réalisée simultanément, si l'on utilise la césarienne abdominale. Dans les autres cas, elle peut être obtenue par la radiothérapie, ou par des irradiations de radium sur les ovaires.

OBSERVATIONS

Interruption de gestations de moins de 6 mois

OBSERVATION I

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 918 — *Année* 1920.)

Primipare, 24 ans. Rétrécissement mitral.

Pas d'antécédent pathologique.

D. R. 12 à 16 décembre.

11 *février,* hémiplégie gauche, sans perte de connaissance.

4 *mai,* entre à la clinique : dyspnée, congestion des bases. T.A. 13/6.

Du 5 *au* 21 à plusieurs reprises, expectoration hémorragique. La dyspnée s'accentue en même temps que l'encombrement pulmonaire, râles ronflants et sibilants aux deux poumons, puis sous-crépitants sur toute la hauteur du poumon droit. Pouls à 96, petit. Digitaline.

Le 27, expectoration sanglante, pouls rapide, subictère.

On décide d'interrompre la gestation. Pose de laminaires ; aussitôt apparition de dyspnée, et accélération du pouls à 140. Digitaline.

Le 28, dyspnée et expectoration mousseuse abondante. On remplace les laminaires par un ballon de 200 gr.

Le 29, le ballon, vide, est retiré. La dilatation permet l'introduction d'un doigt ; on la continue avec des bougies, puis on met en place un ballon de 300 gr., mais la dilatation progressant peu, on retire le ballon et le fœtus est saisi avec deux doigts, puis on perfore la tête dernière aux ciseaux. Fœtus et placenta sont évacués. Curage digital et vérification de la cavité.

Suites bonnes.

OBSERVATION II

(*Clinique Baudelocque. Obs* 461 — *Année* 1918.)

2e gestation, 27 ans. Rétrécissement mitral.

La première gestation : accouchement spontané à terme.

D. R. 13 à 18 décembre.

2 *avril* entre à la clinique avec une dyspnée accentuée.

Du 2 au 7 l'état s'aggrave. Digitaline. Sérum artificiel sous cutané.

Le 8, on décide d'interrompre la gestation. Pose de laminaires qui provoquent quelques contractions utérines.

Le 9 on dilate le col avec une pince et on place une sonde à demeure ; les contractions sont plus fréquentes et suivies de l'expulsion spontanée du fœtus. Expulsion immédiate des annexes.

Dans les heures qui suivent, la femme et prise de dyspnée intense avec douleurs précordiales. Tendance à la syncope, refroidissement des extrémités.

Le 10 la femme est décédée.

OBSERVATION III

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 602 — *Année* 1918).

Primipare, 33 ans. Asystolie pulmonaire avec gibbosité.

Antécédent : mal de Pott.

D. R, 5 à 12 décembre.

Dès le début de la gestation, la dyspnée est apparue.

Le 24 avril entre à la clinique : tachycardie, dyspnée accentuée avec cyanose de la face. Les deux poumons sont encombrés, de râles humides aux bases, de râles fins aux sommets. Pas d'œdème des malléoles. Cyphose dorsale avec ensellure lombaire.

Le 12 mai la dyspnée est extrême avec cyanose. On décide d'évacuer l'utérus.

Le 13 on pose une sonde de Pezzer.

Le 17 aucune contraction n'étant survenue, on la remplace par une laminaire qui provoque quelques contractions.

Le 19 pose d'un ballon de 40 gr.

Le 20 on le remplace par un ballon de 120gr. Le fœtus est bientôt expulsé, suivi de l'évacuation des annexes.

Dans les heures qui suivent, fièvre à 40°. Pouls à 140. Amélioration les jours suivants.

Le 12 juin dyspnée intense avec refroidissement des extrémités, fièvre à 39°5, pouls à 130. Saignée.

Le 13 la malade est décédée.

OBSERVATION IV

(Obs. de M. le Professeur Jeannin in Bulletin de la Soc. d'obs. et gyn. Paris n° 9 Année 1919. Résumée.)

Primipare, 38 ans. Rétrécissement mitral.

Antécédents : typhoïde à 15 ans. Scarlatine à 36 ans suivie de plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu, avec atteinte cardiaque.

D. R. 11 à 18 mai.

Depuis un mois la malade est hospitalisée dans un service de médecine pour cardiopathie et tuberculose; elle se lève chaque jour et peut marcher.

Le 29 novembre elle est admise à la maternité de Lariboisière pour douleurs abdominales faisant craindre une fausse-couche. Elle arrive à pied. On constate des contractions utérines, mais surtout un état cardiaque subitement grave : la malade est en pleine asystolie avec dyspnée intense, pouls petit, rapide, arythmique, la face violacée. Pas d'œdeme, les urines un peu albumineuses. A l'examen cardiaque, on reconnait l'arythmie et l'affolement du cœur. Congestion des bases. Foie très gros.

Au toucher, col long, fermé.

Saignée immédiate de 250 gr., ventouses, digitaline.

Dans les heures suivantes, la malade est agonisante.

A ce moment seulement il a été possible de décider et d'effectuer l'évacuation utérine.

Après un essai de dilatation forcée, le col étant fermé et la primipare âgée, il est pratiqué une césarienne va-

ginale, sans anesthésie. Immédiatement après l'évacuation utérine, la femme succombe.

Autopsie : dilatation énorme du ventricule droit, sclérose de l'orifice mitral. Congestion des autres organes.

Pas d'éraillure du péritoine dans le segment intéressé par l'intervention. Vessie intacte.

OBSERVATION V

(*Clinique Baudelocque. Obs* 260 — *Année* 1925.)

8e gestation, 35 ans. Insuffisance mitrale.

Antécédents : à 17 ans rhumatisme articulaire aigu avec atteinte cardiaque. Avant la première grosesse, traitement digitalique à plusieurs reprises.

Première gestation : pas d'accident. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant.

Deuxième gestation : albuminurie. Accouchement prématuré spontané à 7 mois.

Troisième gestation : albuminurie. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant.

Quatrième gestation : albuminurie. Avortement spontané à 6 mois et demi.

Cinquième et sixième gestation : dyspnée et douleurs précordiales. La femme reste longtemps alitée. Accouchements spontanés à terme d'enfants vivants.

Septième gestation : constamment malade. Grosse albuminurie, dyspnée. Alitée à plusieurs reprises. Hospitaliée dans les derniers jours. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant.

D. R. 20 à 24 août.

Depuis le 3e mois, malgré un traitement digitalique et un régime, la malade souffre de dyspnée constante avec œdème des membres inférieurs et diminution des urines.

Le 7 février expectoration sanglante.

Le 9 entre à la clinique. La femme est pâle et cyanosée, dyspnéique. Oedème des jambes. Foie non douloureux. Pouls 104, régulier. T.A. 11/6. Congestion de la base gauche, matité et diminution du murmure vésiculaire à la base droite. Solubaïne et ventouses scarifiées.

Du 11 *au* 14 pas d'amélioration. On décide d'évacuer l'utérus.

Le 14 l'intervention est faite par M. Portes. Hystérotomie abdominale avec ablation des deux trompes pour stériliser la femme.

Avant l'intervention, la femme reçoit 10 cc. d'huile camphrée, 5 gouttes de digitaline et 1 cc. de morphine.

En position demi assise. Anesthésie plan par plan avec la solution de novocaïne à 1/200 adrénalinée. Incision de la peau, du plan musculo-aponévrotique et du péritoine pariétal.

On va immédiatement à la recherche de la trompe gauche, en laissant l'utérus en place dans la cavité abdominale. L'intervention devient un peu douloureuse au moment où on attire la trompe dans le champ opératoire.

Injection d'un peu de novocaïne dans la cavité du ligament large, et ablation de la trompe au 1/3 moyen entre deux ligatures au catgut n° 1. Enfouissement de chacune des tranches de section sous le péritoine de la tente du ligament large par un point en bourse au catgut n° 00.

Les annexes droites étant plus en arrière et moins facilement accessibles, on décide, pour éviter des manœuvres douloureuses, d'évacuer l'utérus avant de procéder à la section de la trompe droite.

La face antérieure de l'utérus est incisée, sans anesthésie du muscle lui-même, la malade n'accuse aucune douleur ; la cavité utérine étant ouverte, on procède au décollement manuel, successivement, de deux œufs distincts : le premier, plus volumineux, est extrait sans qu'on ait ouvert les poches ovulaires. Les fœtus font très nettement des mouvements actifs qu'on voit persister pendant trente minutes après l'évacuation de l'utérus.

Le premier placenta est inséré sur la face antérieure au niveau de l'incision d'hystérectomie. Le deuxième est inséré sur le segment inférieur en arrière. Suture de la paroi utérine par des points séparés, à la soie n° 3, surjet de catgut n° 1 sur le péritoine utérin. Vérification de l'hémostase.

On se porte alors vers les annexes droites, atteintes plus facilement, et l'on intervient sur elles comme on l'a fait sur les annexes gauches.

Fermeture du péritoine pariétal et du plan musculo-aponévrotique par des points séparés au catgut n° 2. Suture du plan cutané par crins et agrafes.

Au cours de l'intervention, qui a duré 50 minutes et qui semble avoir été de bout en bout à peu près indolore, on a utilisé 60 cc. de solution de novocaïne avec une ampoule d'adrénaline au 1/1000e dans le liquide anesthésique.

Après l'opération, le pouls est bon, régulier et bien frappé. La femme ne présente aucune tendance lipothymique.

Les jours suivants, solubaïne XXX gouttes deux fois par jour, puis une seule fois.

Le 8 mars sortie.

Ultérieurement, cette femme, ayant présenté des hémoragies utérines graves, il fut pratiqué une hysterectomie.

OBSERVATION VI

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 135. — *Année* 1923)

2e Gestation, 29 ans. Rétrécissement mitral.

Antécédents: en 1913 opération pour appendicite précédée de six semaines de repos, et effectuée avec rachistovaïnisation en raison de signes cardiaques.

Première gestation: avortement spontané à 2 mois.

D.R. 19 à 22 août.

Le 5 septembre, la gestation étant encore ignorée, survient une crise de dyspnée pendant 5 heures. Cette crise se répète.

Le 10 expectoration sanglante.

Le 15 *novembre* la malade est prise brusquement de vomissements avec toux, puis de dyspnée intense avec angoisse. Quelques heures après, expectoration abondante, rosée et mousseuse. Puis amélioration.

Le 3 *janvier* nouvelle crise calquée sur la précédente.

Le 19 la malade entre à la Clinique. Pouls rapide. T.A. 15/8.

Léger œdème malléolaire. Foie normal. Aux poumons submatité du sommet droit avec diminution du

murmure vésiculaire. Urines abondantes, sans albuminurie.

Les jours suivants, fatigue, céphalée, expectoration sanglante. Pouls à 120. Légère cyanose des lèvres. Pluie de râles aux bases pulmonaires.

Le 30 matité à la base droite avec silence respiratoire. La ponction ramène du liquide séreux contenant des lymphocytes, des globules rouges et des placards endothéliaux. La réaction de Rivalta est négative.

Le 31 l'état est subitement mauvais: faciès pâle, les yeux cernés. Les deux poumons sont envahis de râles sibilants et ronflants. Dyspnée continue. Pouls à 120 très irrégulier. Fièvre à 38°.

En présence de cet état brusquement aggravé, malgré le traitement médical, M. le Professeur Couvelaire décide d'interrompre la gestation par hysterotomie vaginale avec rachianesthésie. L'intervention est pratiquée par M. Portes.

Incision du cul de sac antérieur. Décollement de la vessie jusqu'au cul de sac péritonéal vésico-utérin qui est respecté. Incision du col et d'une partie du segment inférieur. Extraction d'un fœtus pesant 570 gr. Délivrance artificielle d'un placenta de 500 gr. Suture du segment inférieur et du col au catgut.

Les suites opératoires ont été normales, mais pendant quelques jours, la femme a présenté un peu d'excitation cérébrale. La bronchite diffuse, qui encombrait les poumons, a nécessité l'application quo-

tidienne de ventouses et la prise de X gouttes de digitaline pendant 5 jours.

Le 10 *février* guérison.

Interruption de gestations de plus de 6 mois

OBSERVATION VII

(*Maternité. Obs.* 238. — *Année* 1923.)

Primipare, 19 ans. Insuffisance aortique rhumatismale. D.R. 20 mai.

Depuis le début de la gestation, toux fréquente avec dyspnée et crises de palpitations.

Le 15 *janvier* entre à la Maternité. Les poumons sont encombrés de râles, avec foyer de sous-crépitants au sommet droit.

Le 17 cœur très rapide avec arythmie et dyspnée intense.

Le 19 submatité aux bases. La ponction ramène un liquide citrin contenant des polynucléaires et des placards.

Du 19 *au* 28 amélioration à la suite du traitement médical. On remet à plus tard une césarienne d'autant plus que la femme ne paraît pas à terme.

Le 28 aggravation subite: dyspnée intense, continue, pouls très rapide, congestion des bases, gros foie avec subictère. On décide une cérasienne abdominale. Anesthésie à l'éther. Position peu inversée.

Longue incision sus et sous-ombilicale. Extériorisation du globe utérin, qu'on incise sur la ligne

médiane. Extraction d'un fœtus en apnée, ranimé après 10 minutes de soins et pesant 2.480 gr. Extraction du placenta et des membranes.

L'utérus se rétracte bien et saigne peu. Fermeture par cinq points à la soie, n'intéressant pas la muqueuse, et complétée par un surjet au catgut n° 2. Fermeture de la paroi par un surjet au catgut. Crins et agrafes sur la peau.

Dilatation du col par le vagin avec pinces, et expression de l'utérus donnant issue à un peu de sang.

Dans les heures qui suivent surviennent de la dyspnée, un bruit de galop et un souffle mitral fonctionnel. Pouls à 120. T.A. 16/4. On fait une saignée de 380 gr. suivie d'une injection d'ouabaïne.

Le 29 brusquement dyspnée intense avec cyanose et pouls filant. Large saignée. Amélioration.

Le 7 février cœur encore rapide. Le foie déborde les fausses côtes.

Le 10 amélioration. Sortie.

OBSERVATION VIII

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 1685. — *Année* 1923.)

5e gestation, 37 ans. Asystolie pulmonaire avec gibbosité. Antécédents: Mal de Pott. Grippe suivie, pendant quelques mois, de troublse vésaniques.

Première et deuxième gestations : accouchements spontanés à terme.

Troisième gestation: forceps à terme.

Quatrième gestation : pneumonie. Accouchement spontané à terme.

D.R. 21 à 27 avril.

Le 7 décembre entre à la Clinique. Le cœur est normal. Pas d'albuminurie. Cyphose dorsale, thorax globuleux, sternum en carène. Bassin non rétroversé semble suffisant.

Le 18 toux et crachats hemorragiques, avec quelques râles bronchiques.

Du 19 au 20 la tension s'élève de 13/5 à 15/7.

Le 21 dyspnée avec toux incessante. Pouls rapide, irrégulier. Fièvre à 38° T.A. 19/7. Agitation et délire léger.

Le 22 dyspnée intense avec cyanose. Céphalée, secousses convulsives. Pouls à 55, irrégulier. T.A. 16/8. Une large saignée abaisse la tension à 13.

Le 23 la dyspnée reparaît, intense avec toux, expectoration hemorragique. Cœur irrégulier. Foie gros et douloureux. T.A. 16/7.

Devant cette reprise des accidents malgré le traitement institué, on décide une césarienne abdominale. Elle est pratiquée par M. Portes.

On utilise l'anesthésie locale effectuée plan par plan avec la solution de novocaïne à 1/200 adrénalinée.

L'utérus non exteriorisé est incisé sur la ligne médiane. On tombe sur l'insertion placentaire ; on contourne le placenta et on ouvre l'œuf d'où s'écoule du liquide amniotique d'aspect normal. Extraction d'un enfant vivant de 2.780 gr.

A ce moment la femme est pâle, cyanosée. Le pouls

est arythmique. On décide de ne pas pratiquer d'hysterectomie.

On extériorise l'utérus bien rétracté et on fait facilement l'extraction de l'arrière-faix.

Suture de la paroi utérine par 9 points à la soie, quelques catguts intermédiaires. Surjet séro-séreux avec enfouissement de la suture. Tous ces temps sont indolores.

Suture de l'aponévrose par des points en V légèrement doulcureux. Fermeture des plans cutanés par crins et agrafes.

Durée de l'intervention 20 minutes.

Dilatation digitale du col permettant l'écoulement d'un peu de sang avec des caillots.

Bon état général ; on fait une injection d'huile camphrée, et l'on fait prendre à la malade X gouttes de digitaline.

Le 25 dyspnée extrême avec pâleur, et bourdonnements d'oreille. Secousses convulsives des membres supérieurs. T.A. 15/7.

Saignée qui abaisse la tension.

Les jours suivants, amélioration persistante.

En raison de signes d'excitation cérébrale très accentuée, la malade est envoyée à Ste-Anne.

OBSERVATION IX

(*Maternité. Obs.* 2.845. — *Année* 1923.)

Primipare, 35 ans. Asystolie pulmonaire. Myocardite et gibbosité.

Antécédents : Mal de Pott.

D.R. 11 février.

Dans les premiers mois de la gestation, dyspnée quand la malade se couche.

Le 4 octobre entre à la Maternité. La malade est très dyspnéique et ne peut rester dans le décubitus horizontal. Les bruits du cœur sont rapides et assourdis. T.A. 11/7. Examen pulmonaire difficile en raison des déformations thoraciques. Léger œdème malléolaire. Cyphose dorsale avec déformation thoracique

Du 4 au 21, le régime lacté amène une amélioration.

Le 22 dyspnée subite avec cyanose. Tachyarythmie avec clangor aortique. T.A. 19/11. Œdème des membres inférieurs et albuminurie. Une saignée abaisse la tension à 17/11 sans améliorer les signes fonctionnels.

On décide de pratiquer une césarienne abdominale. L'intervention est faite par M. Portes, à l'anesthésie locale effectuée plan par plan.

Section de l'utérus non extériorisé. Extraction d'un enfant vivant de 2.020 gr. Délivrance immédiate.

L'utérus vide s'extériorise dans la plaie, ainsi qu'une certaine quantité d'anses intestinales qu'il faut refouler. Suture de l'utérus à la soie. Suture de la paroi aux fils d'argent en un plan.

Pendant l'intervention: morphine, huile camphrée, oxygène. Après l'opération, la malade présente un peu d'agitation et d'accélération du pouls.

Le 22 dyspnée et agitation qui augmentent. Le pouls est petit.

La malade meurt subitement.

Autopsie. — Epanchement péricardique à liquide citrin. Cœur petit (200 gr.), feuille morte. Poumons atelectasiés. Le foie est petit, portant à la coupe des suffusions sanguines. Les reins sont scléreux et congestifs. Les surrénales et le pancréas sont normaux.

Il y a donc des lésions de myocardite et d'asystolie pulmonaire.

Evacuation du contenu utérin pendant le travail

OBSERVATION X

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 1173. — *Année* 1924.)

Primipare, 20 ans. Insuffisance mitrale.

Pendant la gestation, plusieurs épisodes de dyspnée, œdème malléolaire.

Accouchement à terme. Pendant la dilatation, dyspnée, cœur lent et irrégulier.

A dilation complète, rupture artificielle des membranes et application de forceps sur sommet en D. A.

Enfant vivant de 3.400 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XI

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 1671. — *Année* 1919.)

Primipare, 25 ans. Rétrécissement mitral.

Gestation bien tolérée.

Accouchement à terme. Pendant la dilatation, survient de la dyspnée qui s'accentue rapidement.

Rupture artificielle des membranes et application de forceps en G.A.

Enfant vivant de 3.450 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XII

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 1520. — *Année* 1919)

Primipare,, 21 ans. Insuffisance aortique rhumatismale.

Gestation bien tolérée.

Accouchement à terme. Dès les premiers efforts d'expulsion, dyspnée très vive. Application de forceps.

Enfant vivant de 3.080 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XIII

(*Maternité. Obs.* 2.000. — *Année* 1921.)

Primipare, 21 ans. Rétrécissement mitral.

Gestation bien tolérée.

Accouchement à terme. Pendant la dilatation, dyspnée et tachycardie. A dilatation complète, application de forceps en D.A.

Enfant vivant de 4.000 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XIV

(*Maternité. Obs.* 1717. — *Année* 1923.)

3e gestation, 32 ans. Rétrécissement mitral.

Aux deux premières gestations, avortement spontané à 3 mois.

Pendant la gestation actuelle, dans les jours qui précèdent l'accouchement, dyspnée et congestion des bases.

Accouchement prématuré spontané à 8 mois. Pendant la dilatation, fatigue, dyspnée et tachycardie. A dilatation complète, application de forceps en D.T.

Enfant vivant de 2.370 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XV

(*Maternité. Obs.* 1917. — *Année* 1924.)

Primipare, 33 ans. Rétricissement mitral.

Accouchement près du terme, précédé, pendant quelques jours, par de la dyspnée et de la tachycardie.

A dilatation complète, application de forceps en D.A.

Enfant vivant de 2.950 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XVI

(Maternité. Obs. 1456. — Année 1922.)

Primipare, 22 ans. Accidents cardio-pulmonaires avec gibbosité.

Au 8e mois, albuminurie avec œdème des membres inférieurs.

Accouchement près du terme: dès le début du travail, dyspnée intense avec cyanose, pouls incomptable. Saignée de 500 gr., sans amélioration. La dilatation étant complétée par la pose d'un ballon, on fait une application de forceps en G.A.

Enfant vivant de 2.210 gr. Délivrance naturelle suivie de deux crises convulsives.

Suites bonnes.

OBSERVATION XVII

(*Maternité. Obs.* 1095. — *Année* 1924.)

6e gestation, 44 ans.

Accouchements précédents spontanés à terme sans accidents.

Gestation actuelle bien tolérée. Accouchement à terme. A dilatation complète, malaise avec bourdonnements d'oreille et tachyarythmie. Application de forceps en D.P.

Enfant vivant de 4.160 gr. Délivrance naturelle suivie d'hemorragie.

Suites bonnes.

OBSERVATION XVIII

(*Maternité. Obs.* 592. — *Année* 1925.)

Primipare. Rétrécissement mitral.

Pendant la gestation, crises de dyspnée.

Accouchement prématuré à 8 mois. Pendant la dilatation, dyspnée intense avec tachycardie. Adilatation complète, forceps en G. T.

Enfant vivant de 2.330 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XIX

(*Maternité. Obs.* 3.012. — *Année* ?)

2e gestation, 30 ans. Rétrécissement mitral.

A la première gestation, accouchement spontané à 8 mois.

Dans la deuxième moitié de la gestation actuelle, plusieurs crises d'œdème aigu du poumon.

Accouchement près du terme. Signes légers d'insuffisance cardiaque. Forceps en G.A.

Enfant vivant de 2.450 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XX

(*Maternité. Obs.* 2.927. — *Année* 1920.)

Primipare, 32 ans. Rétrécissement mitral.

Pendant les deux dernières semaines de la gestation, signes d'hyposystolie.

Accouchement à terme. A dilatation complète, forceps en D.A.

Enfant vivant de 3.500 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XXI

(*Maternité. Obs.* 2.693. — *Année* 1921.)

2e gestation, 23 ans. Rétrécissement mitral.

A la première gestation, accouchement spontané à 8 mois.

Pendant la gestation actuelle, hemoptysie au 5e mois, suivie de signes de décompensation.

Accouchement à terme. Dès les premiers efforts d'expulsion, survient une syncope de courte durée. Forceps en G.A.

Enfant vivant de 2.580 gr. Délivrance naturelle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XXII

(*Maternité. Obs.* 415. — *Année* 1922.)

Primipare, 28 ans. Rétrécissement mitral.

Pendant la gestation, dans les 2 derniers mois, signes d'hyposystolie.

Accouchement à terme. Pas d'aggravation. Forceps en D.A.

Enfant vivant de 3.700 gr. Délivrance naturelle
Suites bonnes .

OBSERVATIONS XXIII

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 96. — *Année* 1922.)

2e gestation, 24 ans. Maladie mitrale.

Pendant la première gestation, accidents cardiaques légers, accouchement prématuré à 8 mois au forceps.

Dans les derniers mois de la gestation actuelle, signes d'hyposystolie.

Accouchement à terme. Pendant la dilatation, fatigue, dyspnée, pouls accéléré et faible. Forceps.

Enfant vivant de 3.400 gr. Aussitôt après hemorragie abondante ; délivrance artificielle.

Suites bonnes.

OBSERVATION XXIV

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 1.251. — *Année* 1919)

2e gestation, 39 ans. Rétrécissement mitral avec arythmie complète.

A la première gestation, avortement spontané a 2 mois.

Pendant la gestation actuelle, arythmie complète avec pouls à 140, non modifié par le repos, et signes de décompensation légère. Traitement digitalique.

Accouchement à terme. La dilatation se prolonge

et est mal supportée; la tachy-arythmie s'accentue. A dilatation complète, forceps en O.P.

Enfant vivant de 2.800 gr. Délivrance par traction et expression.

L'état cardiaque, amélioré après l'accouchement devient inquiétant dans les jours qui suivent, avec des signes d'asystolie rapide.

Décédée 3 semaines après l'accouchement.

OBSERVATION XXV

(*Clinique Baudelocque. Obs.* 1.531. — *Année* 1923.)

Primipare. Insuffisance aortique rhumatismale.

A partir du 7e mois, surviennent, à trois reprises, des accidents cardio-pulmonaires. Le dernier en date est particulièrement intense: dyspnée paroxystique avec cyanose obligeant la femme à rester assise, des crachats mousseux, rosés. Congestion des deux bases. foie sensible, un peu d'albuminurie. Saignée.

Accouchement spontané à 8 mois. Pendant la dilatation, pas de nouvel accident, mais élévation de la tension qui de 14/7 monte à 20/7. A dilatation complète, forceps en O. P.

Enfant vivant de 2.500 gr. Délivrance naturelle.

Après l'accouchement, vertiges et tendance à la syncope. Ventouses scarifiées. Amélioration. T.A. 18/5.

Pendant les trois jours qui suivent l'accouchement, reprise des accidents qui s'aggravent rapidement:

dyspnée permanente, subictère, délire, tachycardie; fièvre à 39°5.

Décédée, à la suite d'une crise d'œdème aigu du poumon.

Résultat de 25 évacuations utérines pratiqués dans des accidents gravido-cardiaques

(Récapitulation des observations précédentes)

a) Interruption de gestations de moins de 6 mois.

Par les moyens obstétricaux :

1 *guérison.* — Primipare, 24 ans. Rétrécissement mitral. Hysposystolie. Evacuation utérine au 5e mois, obtenue en 3 jours.

2 *morts.* — Primipare, 33 ans. Asystolie pulmonaire avec gibbosité. Evacuation utérine au 5e mois, obtenue en 8 jours.

2e gestation, 27 ans. Rétrécissement mitral. Hyposystolie s'aggravant subitement. Evacuation utérine au 3e mois, obtenue en 2 jours.

Par les moyens chirurgicaux :

2 *guérisons*. — 2e gestation 29 ans. Rétrécissement mitral. Asystolie pulmonaire. Césarienne vaginale au 5e mois.

8e gestation, 35 ans. Insuffisance mitrale. Gemellaire. Asytolie. Césarienne abdominale au 5e mois.

1 *mort*. — Primipare, 38 ans. Rétrécissement mitral. Asystolie aigue. Césarienne vaginale au 5e mois.

b) Interruption de gestations de plus de 6 mois.

Les moyens chirurgicaux ont été seuls utilisés.

2 *guérisons*. — Primipare, 19 ans. Insuffisance aortique. Asystolie. Césarienne classique près du terme.

5e gestation, 37 ans. Asystolie pulmonaire avec gibbosité. Césarienne abdominale au 8e mois

1 *mort*. — Primipare, 35 ans. Myocardite et asystolie pulmonaire avec gibbosité. Césarienne abdominale au 8e mois.

c) Evacuation utérine pendant le travail. (15 *applications de forceps*.)

13 *guérisons*. — Elles concernent des cas d'hyposystolie ou d'accidents légers à l'occaion du travail.

2 *morts*. — Primipare. Insuffisance aortique. Plusieurs crises d'œdème pulmonaire subaigu dans les 3 derniers mois.

Décès survenant 3 jours après l'accouchement à la suite d'une crise d'œdème aigu du poumon

2e gestation, 39 ans. Rétrécissement mitral avec arythmie complète améliorée momentanément par l'accouchement. Décès 2 semaines après, par asystolie.

CONCLUSION

I. — L'évacuation du contenu utérin chez les femmes atteintes de lésions cardiaques, est exceptionnellement indiquée.

II. — Les indications en sont : l'asystolie irréductible, et l'arythmie complète.

Dans l'arythmie complète, le traitement médical n'a qu'une action momentanée. Dans tous les cas rapportés, les accidents ont repris après l'accouchement, et tous ont été mortels. Il semble que seule l'évacuation utérine précoce puisse modifier ce sombre pronostic.

Dans l'asystolie, l'interruption de la gestaton dépendra de plusieurs facteurs qui sont :

1° L'action du traitement médical ;

2° La nature de la lésion cardiaque: les myocardites et les symphyses cardiaques constituent les plus mauvais cas ;

3° L'ancienneté de l'insuffisance cardiaque, lorsqu'elle préexiste à la gestation ;

4° La parité : cette notion a une grande valeur, lorsqu'on constate, au cours des gestations successi-

ves, l'aggravation régulière des accidents cardiaques.

5° L'existence d'une lésion viscérale surajoutée, insuffisance rénale, sclérose pulmonaire étendue.

III. — L'œdème aigu du poumon, en aucun cas, ne relève de l'évacuation utérine, mais nécessite la saignée.

IV. — Les procédés d'évacuation utérine comportent des moyens obstétricaux et chirurgicaux.

Les premiers, lorsqu'ils sont bien choisis, sont particulièrement anodins. Mais ils nécessitent d'une part une bonne contractilité de l'utérus, d'autre part l'intégrité et la souplesse parfaites du col. De toute façon, ils ne réalisent pas l'évacuation rapide du contenu utérin.

Avec les procédés chirurgicaux, on obtient un résultat immédiat. Ces procédés ont l'inconvénient d'entraîner un shock opératoire plus ou moins important, et de rendre nécessaire l'anesthésie. A cet égard, on doit préférer à l'anesthésie générale, qui offre des dangers chez ces malades, l'anesthésie locale qui donne une insensibilité suffisante.

V. — Les indicatons respectives de ces procédés sont les suivantes:

1° Dans les 6 premiers mois de la gestation, chez une multipare, si le col est souple et les accidents non immédiatement menaçants, on emploiera les laminaires et le ballon incompressible de Champetier de Ribes, en rejettant les méthodes de dilatation forcée. Si le col est difficilement dilatable et les accidents menaçants, la césarienne vaginale est indiquée.

Chez une primipare âgée, lorsque le col est peu

souple et que les accidents ont une gravité immédiate, c'est à la césarienne vaginale qu'il faut recourir ;

2° Dans les 3 derniers mois, il faut utiliser exclusivement les procédés chirurgicaux, en choisissant entre l'hystérctomie vaginale et la césarienne classique.

La première de ces opérations est peu shockante, mais elle n'est aisément réalisable que jusqu'au 8e mois.

La seconde est plus généralement applicable. La voie abdominale permet d'effectuer simultanément la stérilisation de la femme, dans les cas exceptionnels où elle est indiquée.

3° Pendant le travail, l'accélération de la dilatation, rarement nécessaire, sera faite au moyen d'un ballon.

L'application de forceps sera indiquée, en dehors des cas où elle s'impose, si la période d'expulsion est trop lente.

Vu : Le Doyen
ROGER

Vu : Le Président de la thèse
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

ANDERODIAS. — Grossesse et accouchement chez une malade atteinte de tachycardie essentielle paroxystique. (*Société d'Obs. et Gyn. Bordeaux, juillet* 1922.)

ANDERODIAS et BALARD. — Cardiopathies valvulaires et puerpéralité. (*Gazette hebd. des Sociétés médicales. Bordeaux* 1924.)

AUBERTIN. — Pronostic des cardiopathies pendant la gestation. (Leçon faite à la clinique Baudelocque, 30 avril 1924.)

BALARD. — Insuffisance cardiaque et puerpéralité. (*Bulletin de la Soc. d'Obs. et Gyn., page* 373, 1921.)

ID. — L'oscillométrie en obstétrique. (*Progrès Médical, avril* 1924.)

BARANGER. — Grossesse et cardiopathies. (*Thèse, Paris* 1898.)

BOCCADAMO. — Considérations sur des cas de cardiopathies au cours de la gravidité. (*Gynécologia,* 16 *mars* 1905.)

BONNET. — Accidents gravido-cardiaques. (*Journal de Med. de Paris, 2e série, IX page* 239, 1897.)

BURCKHARDT. — Le cœur de la femme enceinte. (*Tr. Am. Ass : Obs. Gyn. New-York page* 216, 1919.)

CAMPBELL. — Gestation et cardiopathies. (*Canadian Médic. Ass. Journal Montréal, avril* 1923.)

CLEISZ et POWILEWIEZ. — Ectasie de la crosse de l'aorte et gestation. (*Bulletin de la Soc. d'Obs. et Gyn. Paris tome I page* 216, 1919.)

COMMANDEUR. — Anévrysme et grossesse. (*Bulletin de la Soc. d'Obs. et Gyn. page* 143, 1909.)

CORPECHOT. — Grossesse et cardiopathies. (*Thèse. Paris* 1911.)

COUDERC. — Grossesse et cardiopathies congénitales. (*Thèse, Paris* 1912.)

COUVELAIRE. — Indications de la césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des bassins rétrécis. (Rapport au Congrès de 1921 *in Bulletin de la Soc. d'Obs. et Gyn. Paris tome IV page* 512, 1921.)

ID. — Cardiopathies mitrales et gestation. (*Quinzaine médicale, novembre* 1925.)

ID. — Le syndrôme cardio-pulmonaire pendant l'accouchement. (*Vie Médicale,* 1e Février 1924.)

DECOR. — Grossesse et Cardiopathies. (*Thèse ,Paris* 1925.)

DÉMELIN. — Contribution à l'étude des cardiopathies dans leur rapport avec la grossesse et l'accouchement. (*L'obstétrique, I page* 510, 1896.)

DESJARDIN. — De l'œdème aigu chez les femmes enceintes. (*Thèse, Paris* 1908.)

DUPLANT. — Asystolie et œdème aigu du poumon au cours de la grossesse. (*Gazette hebd. page* 97, 1898.)

FABRE et GAUCHERAND. — Tachycardie paroxyst

que dans les suites de couches. (*Bulletin de la Soc. d'obs. gyn. Paris, page* 549, 1920.)

FABRE et PEDZETAKIS. — Modifications du pouls jugulaire pendant la grossesse. (*Bulletin de la Soc. d'obs. et gyn. Paris, page* 309, 1914.)

GAUTHIER. — Etude des rapports de l'intoxication gravidique et des accidents cardiaques. (*Thèse, Paris* 1925.)

HERRICK. — Gestation et cardiopathies. (*Americ. Journal of obs. et gyn. St-Louis ,juillet* 1922.)

JEANNIN. — Asystolie au cours de la grossesse. Césarienne vaginale. (*Bulletin de la Soc. d'obs. et gyn. Paris, décembre* 1909.)

KAUTSKY. — Maladies du cœur et gestation. (*Zeitung geb. und gyn. page* 559, 1919.)

LARGEAU. — L'insuffisance ventriculaire droite. (*Thèse Paris* 1924.)

LAUBRY et PEZZI. — Les maladies congénitales du cœur (*Baillère* 1922.)

LE LORIER. — Trois observations pour servir à l'histoire du shock obstétrical et des cardiopathies. (*Bulletin de la Soc. d'obs et gyn. Paris, page* 477, 1921.)

LEQUEUX. — Accidents gravido-cardiaques. (*Journal de Médecine interne* 1909.)

LE ROUX. — L'allaitement chez les cardiopathes. (*L'obstétrique page* 227, 1907.)

LÉVY-SOLAL. — Pronostic et traitement des cardiopathies au cours de la puerpéralité. (*Journal de Méd. et Chir pratiques, 10 février* 1921.)

LONGE. — Le pouls dans la puerpéralité. (*Thèse Paris* 1908.)

MACÉ et MONIER-VINARD. — Anévrysme de la crosse de l'aorte chez une femme enceinte de 6 mois et demi. (*Bulletin de la Soc. d'obs. et gyn. Paris, page* 242, 1906.)

MACKENZIE. — Les rapports des cardiopathies avec la grossesse. (*The Lancet pages* 1163, 1230, 1281 et 1342, 1921.)

MANGIAGALLI. — Cardiopathies et grossesse. (*Arte obstétrica, 15 janvier* 1906.)

MERKLEN. — Rétrécissement mitral et grossesse. (*Semaine médicale, XII page* 274, 1892.)

MERLETTI. — Nouveaux éléments pour apprécier le fonctionnement du cœur dans l'état puerpéral. (*Annali di obs. e gyn. août* 1907.)

NACKE. — Césarienne et malades mortes d'affections cardiaques. (*Central Bl. für gyn. n°* 10, 1906.)

PEDRO PUIG y ROIG. — La tension artérielle dans la gestation, la parturition et le puerperium normaux et pathologiques. (*Revista argentina de obs. y gyn. Buenos-Ayres n°* 6, 1918.)

PETER. — Leçons de clinique médicale. (1880.)

PORACK. — Influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. (*Thèse d'agrégation* 1888.)

POULIOT. — Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse. (*Thèse Paris* 1905.)

ID. — De l'influence de la grossesse normale sur le cœur sain. (*Annales gén. de Médecine, octobre* 1904.)

PORTES et POWILEWIEZ. — Accidents cardio-pulmonaires. Avortement thérapeutique. (*Bulletin de la Soc. d'obs. et gyn. Paris n°* 7, 1923.)

RENON. — Le mariage des cardiaques. (*Gazette des Hôpitaux* 1909.)

SARGUEIL. — De la tension chez la femme enceinte. (*Thèse Paris* 1920.)

TARNIER. — Asystolie et grossesse. (*Tribune médicale XXV page* 47, 1894.)

TISSIER. — Anévrysme de l'aorte et grossesse. (*Annales de gyn. et obs. page* 740, 1908.)

VAQUEZ. — Les maladies du cœur. (*Baillère* 1921.)

VAQUEZ et MILLET. — Du cœur dans la grossesse normale. (*Presse Médicale page* 61, 1898.)

VINAY. — De l'œdème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse. (*Thèse, Lyon* 1896.)

WATTEAU. — Sur la nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques. (*Thèse Lyon* 1909.)

WEISS. — Sur l'hyperfonctionnement du cœur pendant la grossesse. (*Klin. Wochenschrift. Berlin* 15 *janvier* 1924.)